

令和元年度第1回
医道審議会 医師分科会
医師国家試験改善検討部会
議事録

厚生労働省医政局医事課

令和元年度第1回医道審議会 医師分科会 医師国家試験改善検討部会
議事次第

日 時：令和元年7月16日（火）13:00～15:01

場 所：専用第22会議室（18階）

開 会

議 題

- 1 部会長の選出について
- 2 医師国家試験の評価と改善について
- 3 その他

閉 会

吉浪補佐 それでは、定刻となりましたので、ただいまより「医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会」を開会させていただきます。

初めに、医政局長より御挨拶を申し上げます。

吉田医政局長 医政局長でございます。

医師国家試験改善検討部会開催に当たりまして、改めて一言御挨拶を申し上げたいと思います。

御参集いただきました先生方、今回、このような形でお声をかけさせていただいたこと、お忙しい中お時間をいただきましたことに対して、まずもって感謝を申し上げたいと思います。

この国家試験のあり方につきましては、概ね4年ごとにこの部会においてこれまで御議論をいただいてきて、逐次、その時、その時の課題、それまでの状況を踏まえての見直しの御提言をいただき、それを受けて私ども政府として対応させていただいてまいりました。現在の仕組みが平成27年3月におまとめいただいた報告書に基づいてということでございますので、それ以来、4年ぶりプラスアルファという形になってございます。

前回の見直しそのものは、一連の医師養成課程におけるあり方について御議論をいただいた上での御提言であります。全てもう既に実現しているものばかりでもございません。引き続きの検討あるいは実態を踏まえての見直しという御議論も前回の最終的なところでは御議論をいただいたと、私どもは振り返って議論を勉強させていただいています。

今の仕組みからして、前回の改正、時間数でありますとか、幾つかの見直しはございましたので、今回、本日をキックオフとする会議におきましては、大きく2つのこと、一つは、現行、前回の見直しも含めて、この国家試験についての妥当性を含めた評価、レビューをしていただきたいということ。もう一つは、それを含めて、あるいは踏まえて、卒前教育から卒後の臨床研修まで、一連の養成課程という視点から、この国家試験のあり方について幅広い御議論をいただきたいと思っております。

既に関係者の方々からこの問題についてはいろいろと御提言あるいは御要望もいただいておりますし、議論をするに当たりましては、医学教育との間の連動が重要だという御指摘もこれまでいただいております。この会議にも文部科学省さんの御協力をいただきましてオブザーブもしていただいております。昨今の医師関係、須く養成問題はそうになっておりますので、教育行政と私ども医療行政が一体となって進めさせていただきたいと思っておりますが、とりわけ、その中での国家試験につきまして、御議論いただければと思います。

お忙しい中、お時間をとりましょうし、また、議論の仕方につきましては、いろいろと大所高所の議論から専門的な分野まで幅広く議題になろうかと思っておりますので、その進行に当たってのやり方については、先生方の御意見を聞いて、お忙しい時間の中での効率的な運営に、私ども事務局として汗をかかせていただきたいと思っております。どうかよろしくお願い申し上げます。

吉浪補佐 撮影につきましては、ここまでとさせていただきます。

まず、試験免許室長より、委員の先生方の御紹介をさせていただきます。

曾我試験免許室長 試験免許室長の曾我でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、第1回目の会議ということでございますので、僭越ではございますが、私から委員の皆様の御紹介をさせていただきたいと思っております。順番に御紹介をいたします。

岐阜大学大学院医学系研究科長・医学部長でいらっしゃいます、岩間委員でございます。

東京大学名誉教授の北村委員でございます。

聖隷福祉事業団顧問の清水委員でございます。

高知大学教授の瀬尾委員でございます。

昭和大学副学長の高木委員でございます。

千葉大学理事・副学長の中谷委員でございます。

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構研究部専門員の野上委員でございます。

愛知医科大学医学教育センター長の伴委員でございます。

聖路加国際病院院長の福井委員でございます。

筑波大学医学医療系教授の前野委員でございます。

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長の山口委員でございます。

神奈川県立保健福祉大学ヘルスイノベーション研究科教授の吉田委員でございます。

なお、公益社団法人日本医師会常任理事の平川委員は、本日は御欠席でございます。

それから、オブザーバーといたしまして、文部科学省高等教育局医学教育課の丸山課長にも御出席をいただいております。どうぞよろしくお願いいたします。

引き続き、事務局の御紹介をさせていただきます。

医事課長の佐々木でございます。

医師臨床研修推進室長の児玉でございます。

医師臨床研修専門官の加藤でございます。

試験免許室長補佐の吉浪でございます。

同じく試験免許室長補佐の玉井でございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

続きまして、本部会の部会長を御選任いただきたいと存じます。どなたか御推薦をいただけますでしょうか。

よろしくお願いいたします。

高木委員 中谷委員にお願いしたいと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

(拍手起こる)

曾我試験免許室長 ありがとうございます。

それでは、中谷部会長に部会長席にお移りをいただきまして、以後の議事進行をよろしくよろしくお願いいたします。

(中谷部会長、部会長席へ移動)

中谷部会長 ただいま御指名をいただきました、中谷でございます。よろしくお願いいたします。

先ほど、吉田局長からお話ございましたように、前回の医師国家試験改善検討部会における議論の結果、医師国家試験の出題数を500題から400題にして、試験期間も3日間から2日間にするという形になりました。それによって、どのような影響があったかという評価も必要だというお話もあったように思います。

今後、この医師国家試験はどのような形が、最も的確に卒業生の能力を評価できるかということも非常に重要でしょうし、共用試験との重なりをどうするのか、あるいはOSCEとの関係、Pre-Clinical Clerkship OSCEは順調にしているわけではありますが、Post-CC OSCEに関しましては、まだまだ課題が多く、いろいろな大学からいろいろな御意見をいただいていることも事実であり、それについての議論も必要と思われれます。

そのような中で、本会議は、どのように医師国家試験を改善していくかという方向性を決める重要な会議だと思っております。7回程度の会議が予定されておりますので、先生方には非常にお忙しいところをお集まりいただきますが、何とぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、事務局から本部会の開催方法について、御説明をいただきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

曾我試験免許室長 本部会の開催方法につきまして、事務局から御説明を差し上げたいと思っております。

審議会に関しましては、平成11年に閣議決定されております審議会等の整理合理化に関する基本的計画におきまして、会議及び議事録を原則公開することとされております。しかしながら、医師国家試験の試験方法などに関する検討を行っていく中で、非公開としております医師国家試験の詳細に触れる場合には、会議、会議資料、議事録につきまして、非公開の取り扱いとするのがよろしいかと思っております。

このような取り扱いにつきまして、委員の皆様方の御了承をいただければと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

中谷部会長 ただいまの御説明につきまして、何か御質問はございますでしょうか。なければ、事務局の説明のとおりに行いたいと思っております。

次に、事務局から資料につきまして、御説明をいただきます。

吉浪補佐 本日、配付しております資料につきまして、確認をさせていただきます。

資料1「医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会の概要」。

資料2「医師国家試験の現況」。

資料3「これまでの対応状況及び今後の検討課題(案)等について」。

参考資料1「医師国家試験の実施状況」。

参考資料2「医師国家試験改善検討部会報告書」平成27年3月版。

参考資料3「日本医師会及び全国医学部長病院長会議からの提言」。

参考資料4「全国医学部長病院長会議からの要望書」。

参考資料5「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」。

机上配付としまして、第113回医師国家試験問題、平成30年版医師国家試験出題基準、臨床研修の到達目標、方略及び評価、医学教育モデル・コア・カリキュラム、共用試験CBT公開問題集となっております。

乱丁、落丁等がございましたら、事務局までお申し付けください。

資料の確認は以上です。

中谷部会長 よろしゅうございますでしょうか。

それでは、早速議事に入らせていただきます。事務局から御説明をお願いします。

玉井補佐 では、まず資料1から順番に説明したいと思います。資料1をご覧ください。

「医道審議会医師分科会医師国家試験改善検討部会」についてですが、厚労省では、医師国家試験として妥当な範囲と適切なレベルを保ち、医師の資質の向上を図るため、定期的に国家試験の改善に努めてきています。

医道審議会医師分科会の下に「医師国家試験改善検討部会」を開催し、現行の医師国家試験を評価するとともに、医師国家試験の改善事項について検討を行っています。

主な検討事項についてですが、(1)から(4)につきましては、前回平成26年度の国家試験改善検討部会での報告書の検討課題の継続となっております。それに加えまして、今年度(5)として、そのほかに新たに改善すべきこと、検討すべきことがありましたら、この部会の中で検討してまいりたいと考えています。

続きまして、資料2に移りたいと思います。資料2をお開きください。

医師国家試験は、医師法の上では「臨床上必要な医学及び公衆衛生に関して、医師として具有すべき知識及び技能について、これを行う」と第9条にあります。

2ページに参ります。医師国家試験は4月ごろに医道審議会医師分科会にて国家試験の方針を決定しまして、その後、2月に国家試験を実施し、3月に合格発表をしているという流れになっています。

下に移りますが、出題内容といたしましては、先ほどお話ししたとおりですが、現在、出題範囲としましては、平成30年版の医師国家試験出題基準ガイドラインに準拠しております。また、生命や臓器機能の廃絶にかかわるような解答や、倫理的に誤った解答をする受験者の合格を避ける目的で、禁忌肢が設定されています。

出題形式ですが、多肢選択式・マークシート方式であり、出題総数は400問となっております。

下の表にあるとおりですが、前回の改善検討部会を経まして「医学総論」、「医学各論」の一般問題のところは200題から100題に減っており、全体として400題となっております。

3ページに参ります。合格基準ですが、必修問題と必修問題を除いた一般問題・臨床実

地問題の合計得点と禁忌肢の選択状況をもとに合否を判定しています。

具体的には、必修問題の合格基準は絶対基準を用いて最低の合格レベルを80%とし、必修問題を除いた一般問題・臨床実地問題の合計得点の合格基準は平均点と標準偏差を用いた相対基準を用いています。

下半分に行きますが、医師国家試験の歴史が書いてあります。昭和21年から現在までの変遷をまとめています。

4ページに参りますと、これまでの問題数の変遷ですが、第95回から問題数が320から500に増え、そして、112回、前々回から問題数が400題に減っています。

下半分ですけれども、これが現在用いております平成30年版の医師国家試験出題基準の概要となっています。机上には冊子となっているフルバージョンがあります。この出題基準の中では、ブループリントとしまして、各項目についてどれだけの割合を出題するかについて定められています。

5ページに参ります。こちらから医師国家試験の合格率等の推移についてまとめています。上が90回から101回まで、下半分が102回から最新の113回までとなっています。最新の第113回につきましては、1万146人が受験し、9,029人が合格し、合格率は89.0%となっています。

6ページからは、その数字及び男女別の合格者等の推移と新卒と既卒の合格者、合格率等についてもまとめています。

7ページの下から8ページの頭にかけて、医学教育モデル・コア・カリキュラムの概要を載せております。医学教育モデル・コア・カリキュラムは、現在、最新が平成28年度改訂版になっておりますが、こちらにつきましては、机上配付資料にもあるとおりです。

8ページ下から、医師臨床研修制度の概要について、まとめています。9ページにありますが、医師臨床研修制度につきましては、来年度より見直しが行われます。その見直しの概要について、ここにまとめています。臨床研修の到達目標、方略につきましては、机上配付の資料のとおりです。

11ページの下から、医師国家試験の受験資格についてですけれども、この中で、第3号に「外国の医学校を卒業し、又は外国で医師免許を得た者で、厚生労働大臣が前二号に掲げる者と同等以上の学力及び技能を有し、且つ、適当と認定したもの」についても、受験資格を与えております。12ページにありますとおり、海外の医学校を卒業した者につきましては、個別に申請書類を提出していただきます。その申請された書類に基づきまして、12ページの下にある基準に基づきまして、判定いたします。具体的には、修業年数や専門科目の授業時間数などを数えて、それによって認定しています。それによって、本試験認定見込みとなりますと、12ページの上のスライドにありますとおり、日本語診療能力調査というものを受けて、これを通過いたしますと、本試験認定として2月の医師国家試験を受験することになります。

また、予備試験認定となった者につきましては、予備試験、これは第1部筆記、第2部

筆記、第2部実地がありますが、予備試験を受けていただき、それを通過したものにつきましては、1年間の実地修練を経てから医師国家試験を受験することとなっています。

13ページには、受験資格認定者の推移について載せています。上半分が平成13年度から最新の平成30年度までの本試験認定及び予備試験認定の人数の推移です。

そして、下半分が受験資格認定者の内訳です。本試験認定及び予備試験認定につきまして、その医学校が所在する国別、そして、その申請者の国籍別のデータとなっています。

続いて、資料3について、お話ししたいと思います。今年度の医師国家試験改善検討部会で検討していただきたい課題の事務局案でございます。

前半が、前回の報告書のまとめと、それについて現状どうなっているか、後半が、それを受けて何を検討したいかということの事務局案です。

具体的なお話したいと思います。まず「1.医師国家試験について」ですが、出題数につきましては、先ほどお話がありましたとおり、前回の改善検討部会を經まして「医学総論」及び「医学各論」から「一般問題」として100題程度、医師国家試験の問題から減らすことが可能であるとされまして、合計400題となっています。また、出題数が400題に変更したことに伴いまして、試験日数も2日間に変更しています。

出題内容についてです。出題内容につきましては、高度な専門事項を問う内容ではなく、臨床研修において、指導医の下で診療に従事するのに必要な知識および技能を問う水準とするとともに、診療科に関わらずに総合的な鑑別診断や治療方針の選択に関する能力を問う内容とする必要がある。また、医師国家試験が卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の流れを汲むものであるという前提のもと、少子高齢化など、今後の医療現場の動向に応じた出題内容とすることも重要であるとされました。また、「臨床実地問題」については、「列挙された特徴的なキーワードから疾患名を想起させるのではなく、症候から優先順位を考慮しつつ鑑別診断を進めていくという臨床医としての思考過程に沿った問題」を重視して出題すべきであるとされました。

それを受けまして、現在、医師試験委員会において、その趣旨を踏まえて、問題の作成が行われています。また「臨床実地問題」におきまして、タクソノミー型・型の問題を中心に出题されています。

合格基準につきましては、先ほど話をしましたとおり、第111回試験までは「必修問題」を除きました「一般問題」と「臨床実地問題」において、平均点と標準偏差を用いた相対基準を用いてそれぞれ別に合格基準を設定してきましたが、第112回試験からは「必修問題」を除いた「一般問題」と「臨床実地問題」を合計した得点について、平均点と標準偏差を用いた相対基準による合格基準を設定することとなりました。

また、医学総論と医学各論については「一般問題」と「臨床実地問題」ともに各1点として採点することとなっています。

医師国家試験出題基準（ガイドライン）についてです。臨床実習開始前に問うべき内容は共用試験CBTで出題されることを前提に、医師国家試験出題基準を、臨床研修において指

導医の下で診療に従事する際に必要な知識および技能を問う水準とし、医学教育モデル・コア・カリキュラムや卒後臨床研修到達目標と整合性をとる必要があるとされました。また「臨床実地問題」の出題数の比率を高めることともに、各領域における基本的な問題や保健医療論・公衆衛生等の「一般問題」での出題数は担保すべきであるという点を考慮した上で、ブループリントについては、分野毎に必要な出題数が確保されるよう見直しを行う必要があるとされました。なお、医師国家試験と共用試験CBTで出題される共通の範囲については医師国家試験では、臨床実習が修了し卒後臨床研修に臨む際に必要な知識の水準とすべきであるとされました。

それを受けまして、第112回試験からは、一般問題の出題数が100題削減され、合計150題となりましたが、一方で「臨床実地問題」については、従来通り250題出題されておりました。「臨床実地問題」の出題の割合は高まっています。また、ブループリントにおきまして、保健医療論・公衆衛生の出題数につきましては、従前とほぼ同数となるように保たれています。

共用試験CBTとの連携についてです。共用試験CBTと医師国家試験を卒前教育・卒後臨床研修・新しい専門医の仕組みを含めた一連の医師養成課程として位置づけるにあたり、共用試験CBTは医師国家試験と密接に関連することから、全国医学部長病院長会議及び共用試験を実施する医療系大学間共用試験実施評価機構は、共用試験CBTの運用状況や検証結果などの試験の改善・評価に必要な情報を国と共有する必要があるとされました。

また、現在、対応状況にありますように、先月6月19日開催の医道審議会医師分科会において、参考資料5にありますとおり「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」としまして、共用試験（CBT・OSCE）の取り扱い、具体的には公的化等について、検討が開始されたところです。

続いて、「2. OSCEについて」です。OSCEにつきましては、筆記試験より優れている点として、臨床技能を評価するのにより適していること、態度やコミュニケーション能力など筆記試験では測れない部分の評価を行うことができるという点で共通の認識を得るに至りました。また、現時点では、全国医学部長病院長会議及び医療系大学間共用試験実施評価機構による全ての医学部での臨床実習終了時OSCEの導入を進めていくことが重要であると考えられる、医師国家試験へのOSCEの導入の是非については、その達成状況を確認してから、改めて議論していく必要があるとされました。

対応状況ですが、現在、令和2年度から、全国の医学部が参加のもと医療系大学間共用試験実施評価機構が実施主体となって臨床実習終了後の技能・態度を評価する「Post-CC OSCE」の正式実施を予定しており、令和元年度には全国の医学部においてトライアル実施されることとなっています。

「3. コンピュータ制の導入及びプール問題等について」です。前回の報告書では、コンピュータ制を導入するためには、日本の卒前教育に沿い、かつコンピュータの特性を生かした出題手法の開発、新たな合格基準の設定、及び諸経費等の問題について検討が必要

であるとされました。平成17年度の「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」に基づく異議申し立てに対する、内閣府情報公開・個人情報保護審査会の答申においては、「プール制を導入することにより本件試験問題を公にできないという必然性があるとは言えない」とされ、現行の医師国家試験の問題及び正解肢は公開することとしています。コンピュータ制の導入に関しては、これらの課題について詳細に検討する必要があります。なお、これまでの課題となっているプール問題の活用、医師国家試験の年間の実施回数等については、コンピュータ制の導入と併せて検討すべき課題であるとされました。

そして、現在の対応状況ですが、コンピュータ制の導入及びプール問題等について検討するために、ここにあります、厚労科研による研究班が実施されておりました、現在、平成31年度の門田班が進んでいるところです。

「4．外国で医師免許を得た者に対する医師国家試験受験資格認定について」です。前回の報告書では、近年、WFMEにより卒前教育のグローバルスタンダードが提唱されており、我が国においても全国医学部長病院長会議を中心に日本医学教育評価機構の設立準備など、卒前教育の国際標準を踏まえた評価の準備が進められている。医師国家試験受験資格認定においても外国の医学部における卒前教育の内容（カリキュラム、臨床技能の評価等）について、我が国の医学の正規の課程と同等以上であることをより客観的に評価する体制を検討すべきであり、予め外国の医学部における卒前教育の内容が我が国の医学の正規の課程と同等以上であると確認できた場合には、医師国家試験受験資格認定に係る審査において、個人の履修時間等の確認に係る書類審査の簡素化も可能であるとされました。また、日本語診療能力調査についても、我が国の卒前教育の現状を踏まえると合格基準を60%以上かつ0点の項目がないこととすることが適当であるとされました。また、現在も申請者数が増えつつあることから評価方法を充実すべきであるとの意見があったことを踏まえ、引き続き評価方法の検討を行うとともに適宜見直しを行っていく必要があるとされました。

現在、日本語診療能力調査につきましては、平成27年度より合格基準を60%以上かつ0点の項目がないこととするように変更しております。

それを受けまして、2番、「今後の主な検討課題（案）」についてです。「1．医師国家試験」につきましては、出題数について、先ほどから述べておりますように「医学総論」及び「医学各論」から「一般問題」としての出題数を200題から100題に削減し、医師国家試験全体で400題の出題となった影響と、その評価の分析を行いたいと考えております。

出題内容につきましては、医師国家試験を卒前教育・卒後臨床研修・専門医制度等を含めた一連の医師養成課程の中に位置づけ、適切な出題となるように検討を引き続き行いたいと思います。

また、合格基準につきましても、第112回試験から、必修問題を除きました一般問題と臨床実地問題を合計して評価するなど、合格基準の変更がなされたことに対する評価と影響についても検討を行いたいと考えております。

医師国家試験出題基準についてですが、これまでの医師国家試験改善検討部会と同様の

スケジュールですと、今年度で開催される医師国家試験改善検討部会の報告書を受けて、来年度令和2年度に医師国家試験出題基準改定部会が開催され、その後1年間の出題基準の周知期間において、令和4年度、令和5年2月実施予定の医師国家試験にて新しい国家試験出題基準を用いることとなります。前回の改訂においては、出題数の変更にも対応した出題基準の改定が行われましたが、次の改定ではどのような改定が必要なのかも検討していきたいと考えております。

共用試験CBTとの連携についてですが、共用試験とどのように連携すべきか引き続き検討を行ってまいりたいと考えています。また、医師国家試験と共用試験CBTとで出題内容等について比較検討を改めて行いたいと考えています。

OSCEについてですが、令和2年度より、医療系大学間共用試験実施評価機構が実施主体となって全国の医学部で臨床実習終了後の学生に対してPost-CC OSCEが実施されることになりましたので、医師国家試験としてOSCEを実施することが最適かどうかについても改めて検討したいと考えています。

コンピュータ製の導入及びプール問題についてです。医師国家試験のコンピュータ製の導入及びプール問題の扱いについては、各研究班の報告等も踏まえて、適切な方法とその実現性についても検討したいと考えています。

最後に、外国で医師免許を得た者に対する医師国家試験受験資格認定についてです。近年、第3号に基づく受験資格認定の申請数は増加傾向にあります。我が国の医学教育課程を卒業した者と「同等以上の学力及び技能を有する」者に対して受験資格を認定していますが、その客観的評価としてWFMEの認定の基準に基づく認証を用いることができるかどうかについて、また、日本語診療能力調査を廃止し、Post-CC OSCEを受験資格認定の条件とすることができるかどうか、また、予備試験第2部試験の筆記試験のかわりに共用試験CBTを、実地試験のかわりに共用試験OSCEを用いることができるかどうかについて、また、実地修練の修了後にPost-CC OSCEを課すべきかどうかについても検討してまいりたいと考えています。

それに加えて、ここに載っていない課題につきましても、各委員の先生に挙げていただき、この1年間検討してまいりたいと考えています。

3番は、先ほど申しました今後のスケジュールについてです。

参考資料ですが、参考資料1が今の国家試験の実施状況についてです。参考に第113回、最近の国家試験の実施状況も書いています。

参考資料2が、前回平成26年度に開催されました「医師国家試験改善検討部会報告書」で、平成27年3月30日に発表されたものとなっています。

参考資料3が、日本医師会と全国医学部長病院長会議の連名で提出されました「卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言」です。平成30年5月21日に出されたものですが、その中の下の3．にあります通り「国家試験を抜本的に見直す。すなわち、国家試験への出題は診療参加型臨床実習に則したものに限定し、CBTとの差別化を明確にす

る」とあります。

参考資料4は、昨年9月13日に、全国医学部長病院長会議から提出されました「医師国家試験に関する要望書」となっています。この中でも、医師国家試験に関するアンケート調査に基づきまして、全国医学部長病院長会議として、この1から4についての内容を要望されています。

最後に参考資料5が、先ほどお話ししました、先月6月19日に開催されました医師分科会で使われた資料で、「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」となっています。

説明は以上となります。

中谷部会長 ありがとうございます。

玉井試験免許室長補佐から詳細に資料についての御説明をいただいたと存じます。ただ今の説明につきまして、何か御質問はございますでしょうか。

本日は方向性を決めるということではなく、現在、課題を含めて、こういうまずいことがある、今後こういうことは検討しなくてはならないのではないだろうかという御意見につきまして、フリートーキングという形で進めさせていただきたいと思っております。委員の先生方には、ただいま御説明いただいた資料に基づいて、あるいはそれ以外でも結構でございますので、医師国家試験のあるべき姿、臨床研修を含めてシームレスな医師養成の中で医師国家試験の立ち位置はどこがベストなのか、あるいは、それを行うための最も有効な方法は何か、そこら辺を含めまして、委員の先生方の自由な御意見を賜りたいと思っておりますが、いかがでございましょうか。

どうぞ。

山口委員 山口でございます。

質問と意見をお伝えしたいと思います。まず、資料3で御説明いただいた中で、200題から100題に削減して、実地で使える内容の出題に重点を置いたというお話がございました。実際に事務局で変更した内容の正答率とか、実際に変更したところがどうなったのかという検証ができていのかどうかということと、もしできているとしたら今後の見直しをするに当たっての話し合いで資料として出していただけるのかどうか、これを一つ質問で確認をしたいと思えます。

資料3の4ページのところに、OSCEのことが書いてございます。4ページの の3つ目ですね。「現時点では」から始まって、途中、3行目から、医師国家試験へのOSCEの導入の是非については、今後確認してから改めて議論していくとございますけれども、臨床実習終了時のOSCEがこういう国家試験になる可能性がまだ残っているのかどうか。これは5年前にも同じ話があって、国試に入れるのは厳しいということになって、共用試験実施評価機構を中心にやっ払いこうという話になったと思うのですけれども、もし可能性が残っていたらどんな場合なのかを含めてお尋ねしたいと思います。

私も医療系大学間共用試験実施評価機構に理事としてかかわっておりますし、今、トラ

イアルが始まっていて、私たちCOMLでも模擬患者は92年からずっとやってきた活動でもあるのですけれども、Post-CCが始まってから、今まで依頼がなかった遠方も含めた大学からもSPが足りないから派遣してほしいと御依頼が入っていて、なかなか大変な状況で、模擬患者が足りないとおっしゃっている。地方に行きますと、模擬患者だけではなくて、運営する人が足りない。出てきてくれないのではなくて、圧倒的に人がいないのだという問題であるとか、シミュレータが高くて、とても数をそろえられないと。それを言うと、隣の大学から借りてくれと医療系大学間共用試験実施評価機構は言うけれども。隣の大学に行こうと思ったら新幹線で行かなければいけない。まして、シミュレータをかついで持ってくるわけにもいかないので、それだけでもとても大変なのだという話をあちらこちらで訴えられます。

その中で特に私は模擬患者をずっと養成してきていて、できれば理想は各地のブロックでセンター化をして、模擬患者を派遣していかないと、今後継続的にやりおせないのではないかと思っていて、私たちもどこかでセンター化するような働きかけというか、活動の中で展開していくことができると考えているところです。そういう課題はあるのではないかと思っております。

もう一つ、5ページに、外国で医師免許を得たということで、これは4～5年前のこの検討会のときに初めて知りまして、どんどん人数が増えてきているということを知って、とても懸念をしておりました。今回も見てみると、日本人だけで1つ大学をつくるぐらいの人数になってきているということからすると、今、医学部の定員は厳しく吟味している中で、これは全く制限をかけられずに人数が増えてきているということがあると思います。

そんな中で、現時点でもしわかれば、今後さらに増える可能性、状況を見ていて、どんな状況なのか。どれぐらいの人が、特に東欧に行っているのかが把握できているのかどうかも含めて、お聞きできればと思っております。

中谷部会長 ありがとうございます。

1番目のご質問を含めまして、2番目、3番目の御質問も非常に大きな課題でございますが、全部厚生労働省のほうでお答えくださいというのはなかなか難しい部分もあるかと思いますが、そこら辺に関しまして現状などにつきまして、佐々木課長からお願いいたします。

佐々木医事課長 全体的に詳細にお答えすることは難しいかもしれませんが、OSCEの件に関しましては、従来からも検討されているというのは承知しております。その中での課題につきまして、今回、議論に乗せようというのは、シームレスな医師養成を達成していくに当たって、いわゆる臨床実習の前に何らかの公的な確認というか、そういうものが要るのではないかとということが、別の検討の場でも始まっております。

ですので、もしOSCEなりを正式に制度化していくということであれば、先ほど御指摘のあったいろいろなハード面とか人材の面も含めて、そういったものをきちんと所定の体制

を確保してやっていくことになりますので、そういう意味では、前の段階は現状で使えるかどうかという視点だったと思うのですが、今回も御議論いただくとすれば、導入するに当たってどういったことを整えるか。結果的に申し上げますと、やる場合の前提としての検討に近い形で議論をいただければと思っております。それでも使えるか使えないかという議論も必要かと思えます。

もう一つ、外国人の医師のための仕組みであったものが、最近、日本人で海外の学校を卒業した方で利用されているのが増えてきております。実際に関係する外国の大学も積極的に広報活動をされて、勧誘といえますか、非常に集められている状況が始まっております。実は医師需給分科会という別の会議がございまして、その中でもこういったデータを提示させていただき、御指摘のあったとおり、そもそも医師需給全体を各大学、文科省とも連携しながらやっている中であって、バケツに穴があいているという規模かどうかは別としても、そういった取り扱いについて議論されていないところがあるというのは、ボリューム的には大分もう1大学分ぐらいになってきていますので、今後実態をきちんと把握した上で、しっかり公開の場で議論して、取り扱いを検討していく段階に入っているという認識でございます。

中谷部会長 ありがとうございます。

曾我室長、どうぞ。

曾我試験免許室長 事務局でございます。

御質問の1点目の500題を400題に減らして、その分析をどうするかというお話があったと思うのですが、現時点で特に詳細な分析ができてはおりませんが、本日の御議論を踏まえまして、何をどう検討を進めていくのかというのを見ながら、具体的に、例えばどういう切り口で分析していったほうがいいのかといったことも先生方と御相談しながら、必要に応じて事務局のほうで分析作業をするイメージで考えております。

中谷部会長 ありがとうございます。

共用試験の公的化というのを厚生労働省はお考えのようございまして、ある程度、しかるべき委員会の方針が定まれば、そういう提言を行えば、恐らくそちら側に踏み込む方向で考えていらっしゃるかと聞いております。

どうぞ。

山口委員 CBTもOSCEも共用試験のほうですけれども、昨今、不正事件が多々起こっていて、医療系大学間共用試験実施評価機構で、不正が起きると私は全ての調査委員を仰せつかっております。まだCBTは試験という意識があるのですけれども、OSCEは運営する側も学生のほうもどこかで気持ちの緩みみたいなものがあるのではないかという気がしますので、それがある程度公的に認められることになれば、厳格さが備わってくるのかと期待したいと思っております。

中谷部会長 ありがとうございます。貴重な御意見をいただきました。

ほかに何か御質問等はございますでしょうか。

福井委員、その次に前野委員、お願いします。

福井委員 幾つか質問もございしますが、私は実は平成13年の国家試験を改善したときの改善委員会の委員でして、300題から500題に増やして、それから、ブループリントをゼロから数字を積み上げてつくった何人かのうちの一人なのですけれども、この400題にしたことの妥当性もそうですけれども、医師国家試験の成績と最終的にどういう医師になったかということの突き合わせ、アウトカムを何で測るかというのは非常に難しい話ですけれども、本当に医師になるべきでない人を通していかどうかとか、アウトカムとの突き合わせをどこかでできないかということはずっと思っています。国家試験が非常に良い医師を養成することに役に立っているという形での何か分析ができればいいのではないかと思います。

そのことは、500題を400題に減らしたことも関連することとして、何を指標に持って400題にしたことが妥当だったとするかということとも大きく関わると思っていますので、ゴールスタンダードを何に持ってくるかということとの関係ですので、問題の評価というのをぜひ考えていただければと思います。

2つ目が、最終的に実技の試験を国家試験にすることで、特に幾つかの大学では卒業前にもものすごく国家試験の準備のための時間を長くとっていると随分以前に聞いたのですけれども、現在もそれは変わらないかどうかというのを教えていただきたいのです。大学によっては、何カ月も医師国家試験の準備のために臨床実習もやらないで、本当に受験勉強だけをやらせている、そういうカリキュラムがあるというのを随分以前に聞いたのですけれども、その状況を知ることができないかということが一つです。

もう一つ、CBT関係、知識試験のプール制とも関わりますけれども、これは以前、オープンにしなくてもいいのではないかと、法的にも別に必ずしもオープンにしなくてもいいのではないかと、そういう意見を持っている法律関係者がいると聞いたのですけれども、そのところは十分詰めて、これから先もずっとオープンにし続けるのかどうかですね。私は個人的にはしなくてもいいのではないかと考えていて、プールして、問題をモディファイしながら使うことができればいいのではないかと考えています。

最後に、ブループリントも正直なところ見直したほうがいいのではないかと考えています。レベルの問題だけでなく、恐らく20年近く前と比べると、随分我々臨床医、特に若い先生方に必要とされる範囲も変わってきているように思いますので、もうされているのかもわからないのですけれども、少なくとも以前のものが残っているようであれば、そのことも考えたほうがいいのではないかと考えております。

思いつく点だけです。以上です。

中谷部会長 ありがとうございます。非常に重要な点をいくつか御指摘いただいたと思います。

プール制については、先ほど御説明いただきましたけれども、情報開示が命じられて、医師国家試験はある時期からはオープンになってしまっているわけです。今後、医師国家

試験のCBT化なども提言される場合、それは問題のプール制が必要となりますので試験問題をオープンにはいけない状況になってきます。そこら辺の法的なものについて、情報開示の方針がまだ続いているのかどうか、まず厚生労働省の曾我室長からお願いします。

曾我試験免許室長 事務局でございます。

資料3の4ページに今の問題の持ち帰りのお話を少し要約して書かせていただいております。4ページの3番の2つ目の のところでございます。こちらに書かれておりますように、17年度にいわゆる情報公開の関係で異議申し立てがございまして、それに対する内閣府の答申で、プール制を理由にして試験問題の持ち帰りを禁ずるということは、そこには必然性は認められないという答申をいただいております。それに基づいて、それ以降再び試験問題の持ち帰りを認めざるを得なかったと。17年度のそういう経緯がございます。

情報公開の流れにつきましては、当時から現状、考え方とか方向性について大きな変化はございませんので、引き続き試験問題を持ち帰っているということになります。考え方そのものは、急に方向性が変わるというのはなかなか難しいのかなと思っておりますので、御検討を進めるに当たって、プール制の実現化に当たっては、試験問題の持ち帰りを前提として、例えば既に出題したものをプール制から除いていくのか、あるいは一定期間だけ除くのかといったようないろいろなやり方も含めて検討を進めていかなければいけないのであろうと考えています。現状としては、そういう状況でございます。

中谷部会長 ありがとうございます。

前野委員。

前野委員 フリーディスカッションということで、まず、Post-CC OSCEに関しましては、今、筑波大学でもやっていますけれども、まだかなり混乱をしている現状があります。いわゆる出題の内容とか、基準とか、客観的な評価という意味では、もう少し信頼を得るには時間がかかるでしょうし、しかも、非常に多くの労力を必要とする試験で、もしこれを先ほどセンター化というお話がありましたけれども、センター化すると逆にそこにもすごい数のリソース、都道府県を越えて模擬患者さんを集めなければいけないということがありそうですし、国家試験のかわりに使うというのは相当ハードルが高いのではないかと個人的には思っております。むしろ全大学が卒業要件にするような形であれば、少なくともそれをクリアしていかなければ受験ができないわけですから、そういう形で実質義務化するぐらいのほうが、少なくとも我々が検討している次の5年間ぐらいは妥当なのではないかと。ただ、それをずっと続けていてもいつまでも前に進まないの、継続的な検討はしてもいいのかなと思っております。

外国人の免許について、これは確認をしたいのですけれども、例えば外国の医学部を出た中には、中国のように予備試験が必要なところと、ハンガリーとかもそうですけれども、いきなり本試験を受けられるところがあると思うのです。いただいた資料を見ると、予備試験の代わりにCBTとかOSCEという御提案がありますけれども、そうすると、例えば国家試験をCBTやOSCE、あるいはPost-CC OSCE を受けていることを前提に、範囲を変更あるいは

絞った場合、このままいくと、ハンガリーから受ける人は、そういう前提の中でOSCEとか共用試験を受けずに共用試験があることを前提とした医師国家試験を受ける形になるのではないかと思ったのです。その場合は、例えば医師国家試験を共用試験を前提としたような形に変える場合には、今までだったらいきなり国家試験を受けられた方も共用試験を受けるというたてつけになるのでしょうか。その辺は確認をさせていただければと思います。以上です。

中谷部会長 佐々木医事課長、どうぞ。

佐々木医事課長 今、御指摘の点で、CBT・OSCEがすぐ使えるかどうかも含めて、ここで十分検討いただきたいというところもありますけれども、もう一点の外国の大学を出た医師の取り扱いでございますが、日本の国家試験の仕組みが変わってくるということであれば、当然それに対応した大学、もしくはそういった技能が確認されているかどうかをもう一回洗い直して、例えばこの国の大学であればいい、この国の大学ではこういう試験が必要ということで、そういった部分の見直しも必要に応じてやっていく形になるということで、単純にその制度だけは維持されるということはないので、こちらが直せばそちらも変わってくるという理解でございます。

中谷部会長 ありがとうございます。

先ほど福井委員の御質問に全部答えておらず、若干尻切れとんぼになりましたので、戻らせていただきます。1つ目は医師国家試験が変わりましたが、その評価ですね。その出題数が400題に減ったことでという影響が出ているのか。しかしまだ2回しか400題の医師国家試験をやっていないので、その新しい形での医師国家試験合格者は現在初期研修医として研修を実施しております。ですから、彼らがどのような医師になっているのか、前の500題の医師国家試験を合格した研修医と比べてどの程度よくなったか、悪くなったか、なかなか難しい評価となるかもしれません。これは研修医をたくさん受け入れている病院等でアンケートを行い、その感覚的、印象的な回答を集めるしかないのかなと思っています。

もう一つは、ここにも委員の先生で現役の医学部長や教育に携わる先生もいらっしゃいますが、国家試験に向けての勉強が必要なため、6年生の臨床実習がどの程度できない状況になっているのか。実際問題として、臨床実習というのは、6年目になったらほとんどやらずに試験勉強だけやっているというようなことをおっしゃる先生も以前いたように思いますが、ただ、これはもう恐らく大学によってかなり違っているような感じがいたしますが、一律に大学はこうですというのは言えない部分がありますが、何かここら辺の現状について、高木委員はおわかりですか。

高木委員 私は医学部長ではありませんけれども、中谷先生がおっしゃったことは、もう一つは、今、国際認証になりまして、御存知のように72週になりますと、6年の初めで4月、5月で実習が終わるということではできないのです。よほど前から、4年の初めから実習に入らないと72週はクリアできませんので、私の知っている範囲では私立の多くは6

月、7月ぐらいまでやりますけれども、その後に夏休みを過ぎると、確かに福井委員がおっしゃったように、7月、8月ぐらいから試験体制に入るとは確かだと思っています。

ただ、実習は、そんなに前に終わっているとは私は個人的には思っていません。それはちょうどいいか悪いかわかりませんが、国際、グローバルなもので、72週になりましたので、それをやりますと、本当に4年の初めからやらないと、5年で終わるといふことはありませんので。

中谷部会長 北村委員、どうぞ。

北村委員 Post-CC OSCEに関わっていて、7月からPost-CC OSCEを受けるのですけれども、7月に受ける学校が恐らく30校ぐらいあって、かなりの部分が7月の段階で臨床実習が終わっている、少なくとも必修のものは終わっているという理解かと。そういう意味においては、400題になっても準備が短縮したとは思えず、福井委員がおっしゃるように、問題数は減ったけれども、ブループリントの出題範囲が狭くなっていないので、準備が軽減されるよりは、むしろ1題の重みが大きくなってハイリスクになったみたいなことを学生から聞いたことがあります。

中谷部会長 どうぞ。

岩間委員 今、話題になりました実習の期間ですけれども、全国医学部長病院長会議のほうで調査しておりまして、毎年こういうものを出しているのです。これは今年やっている調査なのですが、これによりますと、先ほど言われましたように、ほとんどのところが6月ぐらいまではやっているということで、6年生になったの臨床実習の週数ですけれども、一番少ないところは4週というところがあるのですが、一番長いところは28週ですから、7カ月ですか。平均すると15週ということで4カ月ぐらい、3.5カ月です。ですから、やはり6月あるいは7月中旬ぐらいまで、そこまでやっているのが実際だと思います。

先ほど福井委員の言われたアウトカムの評価は非常に大事だと思うのですけれども、まだ400題になって2年ということで、実際は研修医ということでまだわかりませんが、実際に現場で若い研修医、それから、医学教育のところで学生を見ていますと、これは国家試験で是正できるのかどうかわかりませんが、最近、本当にITがどんどん発達しているので、自分で考えずにいろいろな道具を使ってすぐに情報にアクセスして、そちらのほうからいろいろな診断とか治療を考える人間がどうしても増えている。これはしっかりと考えるというところを試験などで培うのが本来なのだろうとは思いますが、なかなか難しい時代になっているかなという印象です。感想だけです。

以上です。

中谷部会長 ありがとうございます。

医師になる資質がないのをどうやって弾くかという非常に重要な御意見を福井委員からいただきました。これも前のこの医師国家試験改善検討部会で話題になりました。責任を持ってその大学が医師になるには明らかに不適格な学生を卒業させないことだというのが結論であり、ですから、それはPost-CC OSCEなどで判定できるものではなくて、日ごろか

らの振る舞い、数カ月あるいは数年にわたる臨床実習を含めて、そういう行動パターンなどで判定をしなければならない。これはもうそれぞれの大学の責任だろうというのは、前に山口委員にも御議論いただいて、そういう結論になったような気がいたします。

従いまして、医師国家試験で判定するのは難しいですし、倫理はもちろん教育項目の中に入っていますが、ペーパーテストで判定できるようなものではないだろうという感じを持っています。Post-CC OSCEをやっても、それは診療時のお作法ですので、そのときだけちゃんと行儀よくすれば何ら問題ないわけですので、そこら辺も含めて万能ではないとは考えています。

伴委員 伴でございます。

今まで出てきた話題に順不同になりますけれども、まず、OSCEのことなのですけれども、私は前回と前々回の医師国家試験改善検討部会にも参加していて、前々回ときには頭出しみたいな話で、今、医師国家試験が認知領域、知識のことしか評価していないので、技能とか態度をどう評価するのかというので、一つの方法としてOSCEがありますねという話が出てきて、そのころはまだ4年生あるいは3年生の後半から4年生か、5年生の前半のときの共用試験にOSCEが入っていない時期で、国家試験の問題としてOSCEが議論されていたのです。それが2005年ですか。だから、共用試験に入ってきた。共用試験は臨床実習の前段階として患者さんに接する前のお作法をちゃんとできるかということをするにはよろしいでしょうという形で十数年、Pre-CC OSCE、臨床実習前のOSCEとして定着してきているわけです。

前回ももう既に共用試験にOSCEは入っていましたけれども、国家試験にOSCEという話が出てきて、これは時期尚早ということで検討課題ということになったのですが、その後、ずっと眺めてみますと、韓国が2010年から国家試験にOSCEを導入して、筆記試験、いわゆるマークシート、それから、OSCEを国家試験に入れているわけですがけれども、そのような動向とか、Post-CC OSCEを日本でもやり始めたということを見ていると、OSCEを国家試験に入れることは無理だという感想を私はだんだん持つようになっていきます。

幾つかの問題点がありまして、一つは、先ほどから出ていますフィージビリティの問題ですね。本当にそれだけの資源を投入してやることに意味があるのかということと、もう一つは、OSCEというのはあくまでもシミュレーションですので、実際に臨床実習で現場に行って患者さんと接して、どういうふうに臨床能力を高めていくかという結果をシミュレーションで評価することの妥当性はどうかという話になると思います。

今、ペーパーテストで学生がどうしても医師国家試験の合格というのが医学部6年間の最終目標になっているので、そこにさらにシミュレーションのOSCEが入ったら、その準備もするとなって、ますます臨床現場から離れていくということが危惧されて、実際に韓国でもOSCEの予備校ができていく状況です。そういうところに鑑みると、国家試験にOSCEをするというのはまず無理でしょうと。

そうしたら、Post-CC OSCEという形で共用試験的にOSCEをするのはどうでしょうかとい

うことですが、それでも、それもこのOSCEを通らないと卒業できませんよという条件だったら、臨床実習で試験が近づいてきたら、楽な臨床実習ができるところを選ぶ学生も少なからず出てくるのです。ですから、臨床実習をしっかりとやっていると、きちんと卒業要件を満たせて、国家試験にも受かりますよということになると、Post-CC OSCEを入れるとしても20%とか30%ぐらいのパーセンテージで、あとの7割とか8割は、ちゃんと臨床実習で各科がその実習態度を評価してどうだということを一律に臨床実習終了のアウトカムとしてそろえられるという構築をしないと難しいのだらうと思います。

もう一つ、CBTに関して、今、CBTというと共用試験のCBTとされているのですが、実際にはComputer Based Testで、国家試験もComputer Based Testしましょうということとは、これも前回の医師国家試験改善検討部会で提案されていた。これに関しては、先ほど曾我室長から今の情報公開の流れはなかなか変わっていないのでという話があったのですが、先ほどの資料3の5ページの門田班のところで、共用試験の位置づけと国家試験のCBT化という研究グループを私たちがやっているのです。

そのグループで医師国家試験の公開に関して、慶應大学の法学部の先生に来ていただいて、平成17年のこのときの申し立てに対して、どういう答申が出て公開することになったかをつぶさに検討してみると、この10年の流れを見て、こういう理由で国家試験のクオリティを高めるためには、問題をプールして十分ブラッシュアップできるようなシステムにしたほうが良いというきちんとした論拠を示せば、必ずしも公開しないといけないということはないと、少なくともその先生の見解ではありましたので、これに関しては、なぜ公開したほうがいいのか、なぜ公開しないほうがいいのかをきちんとそろえてやれば、公開しない方向で議論は展開できるのではないかと思います。

外国人の試験も前回検討対象になって、日本人に対して今までの外国人を前提にした日本語診療能力調査はほとんど意味がないということで、実際のパフォーマンス、それがOSCEが良いのかどうか分かりませんが、パフォーマンスを評価する方法でないと無理だろうということで、その後、ECFMGの日本の医学部に対する要求などから見たら、一つは、日本人あるいは中国人、そのほかの外国人の方でも良いのですけれども、どの医学部を卒業してきたのか。だから、それぞれの国でWFMEの認定を受けた機関から認証されている医学部の卒業生ならとりあえずという、最初の関門はそういう設け方もあるのではないかと思います。

とにかく日本語診療能力調査をOSCE的にというのは、かなりとってつけたような感じで、余りシステムチックにできていなかったというこれまでの状況があると思いますので、その辺のところはやるならば本当に十数題しっかりとやるとか、あるいはその前にWFMEのリクワイアメントを満たした医学部を卒業した医学生ならばとりあえずアプライできますというECFMG的なリクワイアメントを日本の医師国家試験に対しても行うということはあるのかなと。そのような感じが、私のこの3つの話題に対する感想です。

中谷部会長 ありがとうございます。

今の御意見に関しては、何かございますか。韓国において、国家試験へのOSCEの導入により、その予備校ができたというのは、以前、伴先生からお聞きしました。それによってOSCEの試験が極めて形式的なものになってしまう可能性もありますので、それは本当に役立つのかというのは、随分前から御議論いただいていたところだと思います。

医師国家試験のCBT化に関しましては、プール問題がかなり集まりませんと恐らく実際にはできないと思われまます。今の医師国家試験も先ほど高木先委員にお聞きしましたら結構費用がかかっているの、コンピューターをそろえるぐらいは大したことはないのかなとは思いますが、しかしながら、準備は恐らく数年以上かかりますね。また、現在の共用試験が行われているCBTの場合でも、予備校がそれぞれの学生に記憶させて、それを集めて本をつくっている状況もありますので、医師国家試験でも同じことが起きるのだと思います。恐らく受験生から聞き取って問題集はできていくわけですね。それを乗り越えて医師国家試験のCBT化をどれだけできるかというのが、恐らくまたもう一つ課題になってくる部分はあるのかもかもしれません。

外国人は、WFMEで認証を受けた大学で教育を受けたか否かというのは非常に重要ですね。日本の医科大学、医学部、ほとんどJACMEによる認証を受けましたので、同レベルの医学部卒業しているということを保証する一つの指標であるかもしれません。

北村委員、どうぞ。

北村委員 3つのことを申し上げたいと思います。

1つ目は、いわゆるマークシート方式の問題の質です。資料2のスライド8を見ていただければと思うのですが、94回の合格率が80%前後まで落ちています。もちろん絶対評価も影響していますが、このときを知っている人は御存知のように、多くの大学からクレームが来ました。卒業生の質は毎年そんなに変わらないのに、前回に比べて5%、10%も変わるのをおかしい、問題がおかしいのではないかというクレームだったと思います。

その後、相対評価を入れることによって95回、96回以降、ほぼ90%で安定しているのですが、ただ、まだタクソノミーが の問題が少なからず見られる。希望は、このタクソノミーのレベルを、例えばK・V部会あたりでしっかりと評価していらっしゃるのか、単なる正答率だけなのか。この問題の質です。これはタクソノミー だから排除するぐらいのことをやっていただきたいと思います。

2つ目は、いろいろ申し上げて大変ですが、出題基準の53ページと医学教育モデル・コア・カリキュラムの83ページ、同じ症候です。医学教育モデル・コア・カリキュラムは臨床推論の症候で37症候が学ぶべき症候として挙げられています。これは福井委員の臨床実習のほうでも、ほぼ同じ数の症候が挙げられています。本来、あのと時の約束は、国家試験の出題基準もこれに準拠して挙げましょうということでしたが、国家試験の出題基準、53ページからが症候です。どこまであるかというと、60ページまでです。37症候どころではなくて、国家試験のためには、せつかく臨床実習前には37症候を覚えて、勉強して、これがコモンディゼーズだと言われていて、実際に国家試験になると、恐らく一生見ないよ

うな病気も含めてこれだけの症候を覚えろと言っているわけです。もうちょっと真剣に医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修の基準とを見ていただいて、この出題基準のスリム化を真剣にお願いしたいと思います。

3つ目は、外国、特に東欧です。縁があって、東欧のことを勉強しています。ハンガリーだけですが、ハンガリーの大学は、もちろんWFMEの基準は日本より早く全部とっておりますし、センメルweis大学は、ノーベル賞受賞者を何人も輩出するような立派な大学で、これは個人の感想ですが、日本よりもいいような教育をしています。

実は、ハンガリー国と日本国で提携があって、ハンガリーに日本が何かを輸出したいと。かわりにハンガリーが輸出するものとして、教育を輸出したいということで、芸術系の学部と医学系の学部の留学生を引き受けてくださいという提携が約10年前になされています。それを御存知ですか。ぜひ調べて、次回資料でお願いしたいと思います。それで別に嫌々でもないですが、ある程度の数が行っていると理解していました。

以上です。

中谷部会長 医学教育モデル・コア・カリキュラムに関しては、北村委員は非常にお詳しいので、そこら辺を十分認識して出題してほしい、タクソノミーⅠの問題などはなるべく排除するようにしてほしいという御意見だったと思います。

どうぞ。

瀬尾委員 今回、初めて参加させていただいたのですが、私は8年間、試験委員をさせていただいて、最近の動きというか、今までいろいろお話があった中で、随分この8年の間に試験の質そのものは変わってきたのだろうと思っていますし、余り客観的な評価は難しいと思うのですけれども、予備校などがネットに公表しているような講評を見ても、質は随分上がっているのかなと。試験委員会の中でのいろいろなやり方も工夫をしてくれています。

その中で、非常に問題に感じるのは、出題基準を守らないといけないことによって、かなり質が落ちている部分があります。このあたりの仕組みを、今、北村委員から御発言があったように、臨床実習をしっかりやらせて、そのことが国家試験の準備になるような流れをつくっていかないといけないので、そういう意味では、臨床の流れをしっかり試験をするような問題をつくっていかないといけないのですが、今ある試験の中では、いわゆる長文問題、必修の中で2連問、総論の中で3連問がありますけれども、この連問をつくるに当たって、実際はブループリントの中でどこからどれを何%というのは決まっているものですから、その中の組み合わせでつukらないといけないということで、かなり不自然な問題ができています。

試験委員会の中でも、もうどうしようもないねという形でリリースしているものもありまして、実際に分析してみると、3連問のうち1つぐらいはタクソノミーのほぼⅠに近いものであったり、正答率が100%に近いような、余り臨床問題として適切とは思えないものをどうしても組み合わせの中に入れざるを得ない、そういうジレンマが非常にあります。

問題の質を上げていくために、出題基準の構造そのものを変えていかないと、なかなか困難ではないかと思っています。

北村委員から発言があったように、医学教育モデル・コア・カリキュラムとの整合性は非常に重要で、臨床症候を37に絞ってPost-CC OSCEもそこにのっかってやっているわけですから、そこをしっかりと問えるような形に出題基準を変えていくということと、問題を作るときに余り細かくパーセントを決めるといい問題ができなくなってしまう。実際にあり得ることなので、そこをぜひ改善できるような出題基準のあり方を考えていかないといけないなと思っています。

臨床的な問題に関しては、コンピュータ試験との関連は非常に大きいと思っていまして、大学でも卒業試験はコンピュータ化しているところは幾つもありますけれども、もとに戻れないような一方方向性の連問とか、そういうものが実現すると、問題の質はかなり変わってくると思います。これはもう紙ではできないメリットがありますので、時間をかけてでも開発していくことが非常に重要になりますし、何より多分学生が臨床実習をしっかりとやれば国試に受かるのだという国家試験を目指していかないと、なかなか試験のための準備はいつまでもなくなっていかないのではないかと感じています。

ですから、コンピュータ試験はかなりインフラの面でも時間はかかるのでしょうけれども、今、例えば2日間になって、このスケジュールを見ると、1時間以上空いている休み時間などがあるのです。一日に3分冊になっていますけれども、本来2時間もかけてずっと20人、30人の患者さんを連続して診ているようなシチュエーションを問うているわけで、これは診療とか働き方の観点からすると、ちょっと不自然な感じがするのです。1時間やったらしっかり休ませるとか、そういう形でやるためには、今の紙でやっているのと、回収したり確認したりに非常に時間がかかっているようなので、このあたりはコンピュータ試験にすることで解決するのではないかと感じています。

多分、5年では無理で、ここから先、10年かかるかもしれませんけれども、今から検討しないと、5年置きに1回リセットすると、なかなか前に進まないのかなと感じています。

以上です。

中谷部会長 ありがとうございます。

非常に重要な視点からの御指摘がありました。瀬尾委員は試験委員長も含めて御苦労なさって試験問題をつくられていらっしゃると思います。先ほどのご指摘のように、出題のパーセンテージ等の縛りがあるので、出題基準を守るという点で苦労することが多い。試験委員は毎年何十回も集まって問題を作成しているわけですが、かなり御苦労されているというのは、私が見ただけでも理解できます。また、CBT化はしっかり年数がかかっても実現の方向に持っていくべきかもしれないというご意見でした。

まず、清水委員、その次に高木委員、お願いします。

清水委員 清水でございます。

今のスケジュール感というか、時間的な感覚なのですけれども、資料3の6ページの上

からのマル4で、今年度中にこの検討部会の報告書を仕上げるということになっていますが、先ほども皆さんがお触れになっていらっしゃるように、400問にしてからまだ2年間しか経っていないとか、昨年3月の臨床研修部会から出された報告書の資料には、次回の改訂のときには、国家試験と医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修制度を同時に改定してはいかがかという案もあったと思うのですけれども、この国家試験が一番早く改定の検討が始まりましたけれども、必ずしも5年ではなくて、少し時間的な余裕を見て、先ほどのブループリントの構成比を変えるとか、そんなことも含めて検討してはいかがかと思います。

学生にしても、研修医にしても、この制度の改定ごとにすごく動揺する、引っ張られるわけですね。同じようなことを同時に改定していただいて、それに向かって自分の目標を定められるようにしたらいいのかなと思うので、ぜひスケジュール感については、必ずしもこれでもなくてもいいというふうに御検討をいただけたらうれしいと思います。

中谷部会長 ありがとうございます。

4年に一遍こういう医師国家試験の改善に関する会議があるのではということだけではなくて、そのアウトカムを評価するには、もう少し時間をかけて見てみなければわからないだろうというのは事実かもしれません。そこら辺も含めて、方向性という形での答申になるのかもしれませんが、そこら辺はまたこの会議で御議論いただくことなのかもしれません。

高木委員、どうぞ。

高木委員 実は私は日本語診療能力調査の試験委員長をやっておりましたので、そのことについて御説明だけお話をさせていただきます。

伴委員から、入る前に、ちゃんとしろよと、OSCEが入るならば、きちんとしたものをつくりなさいねということで厳命を受けましたけれども、実はなかなかうまくいきませんでした。と申しますのは、この資料にありますように、受験生が年々増えてまいりまして、昔は2日間で、本当は1日でやっていたのですけれども、とても1日では間に合わなくて、かなりの時間がかかります。ですから、1日48人とか50人やって、100人やりますと2日かかりますけれども、150人ですと3日かかってしまうのですね。昨年は3日やっていました。

もう一つは、そこに書いてありますが、12ページの下をご覧くださいとわかると思うのですけれども、実際は本試験の認定、もしくは予備試験の認定は、これに従ってやっているのです。ですから、WFMEとは全く関係ありません。例えば修業年数が6年以上とか、5年以上とか、5,500時間とかと書いてありますが、これに従って免許室のほうでどうということなのかなということと、すごく細かいことまで免許室の方は調べられていて、これは本試験認定に当たるのか、それとも予備試験認定に当たるのかというのを詳しく説明を受けて、なおかつ疑問のある場合は受験生をお呼びになって、面談をしてセレクションしていますので、私も免許室が非常に御苦労されていることだけはお伝えしなければいけないという具合に思っています。

それで、今のような形で試験をやらせていただいているということですので、これもありまして、きっとお書きになっていたのは、Post-CCのOSCEをそのまま入れていただくと、これは最終的に言いますと、今、本試験の認定をされますと医師の国家試験を受けられる、受験ができる、これがその資格なのです。これでオーケーではなくて、医師の国家試験を受ける受験資格があるということですので、それとすると、ちょうど各大学がやられているPost-CCのOSCEを受ければこれと同じぐらいだろうという形できっと御提案になっていると思っていますし、私はそれは非常にいいことだと思っています。ただ、どこで受けさせるのかとなるとまたちょっと違う話なので、難しいのかなという具合に思っております。

もう一つは、CBTですけれども、ここに書いていただいたので、CBTの国家試験の導入について検討しなさいということでもやらせていただきました。先ほど瀬尾委員がおっしゃったように、コンピュータベースを使いますと、非常に工夫できた出題になります。ですから、そこで使っておりますのは、例えば聴診も音声を聞いて、心音にしましても、呼吸音にしましても、そこで出てきた音声をどういう具合に診断して問題を解決するか。そういうことで言うと、タクソノミーは少し上がります。医師の国家試験はただコースクラックルが聞こえますとか、2本の波がありますと書いてありますので、ただ、聞いて自分でやったことがないとすると、できません。そうすると、きっとそういう実習をしないとダメなのだとということになりますので、クリニカルクラクシップに少し深いところが出てくると思っています。

伴委員には、私はどちらかというとな性善説ですので、Post-CCをやりますと、学生はクリニカルクラクシップはちゃんとこういうことを見なければいけないのだと思いますし、もう一つ、私が共用試験のOSCEをやり始めたときに、確かに体裁だけ、お作法だけですがけれども、でも、臨床実習に入ると、おはようございますぐらいは学生が言うようになりました。これは大事なことで、Post-CCをやりますと、恐らくそちらのほうもきちんとやるようになるのではないかとという具合に、私は学生に期待しておりますので、ぜひ国家試験ということにすると難しいかもしれませんが、少なくとも今、共用試験のほうでは、オートノミーとして各大学にやっていただいて、それを卒業要件に入れてもらいたいと言っておりますので、私はPost-CCもいいのではないかと思っております。

中谷部会長 性善説に基づいて、OSCEの重要性をお話しいただきました。外国の大学医学部卒業生に対する試験のほうも、今、OSCEの導入で御苦労なさっているということもお話しいただきました。医師国家試験のCBT化は高木委員が中心になっていろいろ御研究なさっており、そこら辺についても、また詳しくお聞きすることもあろうかと思っております。

ほかに御意見、御質問等はございますでしょうか。

福井委員。

福井委員 先ほど伴委員が言われた門田班のところには私もいて、同じようにCBTのプール制のことについて法律の専門家の話を聞いておりました。ぜひ1回は考えていただきました

い。CBTを、ちゃんとコンピュータを活用したプール制でできるようになると随分違うのではないかと思います。

もう一つは、こだわるわけではないのですけれども、6年生の7月ごろに多くの大学で実習が終わって、その後、受験勉強ですね。万が一、その残りの6カ月間を本当のクリニカルクラークシップをやって、極端ですけれども、クリニカルクラークシップの観察記録でもって国家試験にするとすれば、物すごく学生の卒業時の臨床能力は高まると思うのです。ですから、本当に最後まで知識試験というか、こういうものでなくてはならないのか。

私はOSCEで国家試験をやるというのも一つの方法ではありますがけれども、それは現場から離れていることでもありますので、本当はクラークシップをやっているところをちゃんと評価して、イギリスのように外部の試験委員が来て実際のクリニカルクラークシップなり、アメリカもイギリスも、必ずしもクリニカルクラークシップというよりも実際に患者さんを診てもらおうという実技試験みたいなのが大きいのですけれども、いっそのこと、本当の意味のクリニカルクラークシップの現場の観察記録というところまで踏み込むことができれば、それが理想ではないか。そうすれば、学生さんはすごくスムーズに臨床研修に入っていけるような、そういう勉強を残りの半年間やるのではないかと思います。なかなか実現は難しいと承知しておりますが。

中谷部会長 ありがとうございます。

山口委員、どうぞ。

山口委員 今の福井委員の意見に私も賛成です。前回は申し上げたのですけれども、やはり倫理とか、その人がどういう行動をとっているのか、どんな判断をしているかということについては、試験では判断が難しいと思うのです。

では、大学もどうやってこの人に医師国家試験を受けさせていいのかを判定するのかというと、一定の期間のその人の行動を見ないと判断できないと思うのですが、そういう仕組みをきちんとやっている大学もあるかもしれませんが、全体的にあるとは言えない中で、どうやってその人を保証していくのかを考えたときに、本当に日常の中にそういう判断できる材料はあるのではないかと思います。私もそろそろきちんと検証できる仕組みを考えたほうがいいのではないかと思います。これだけ倫理やさまざまなことが問題になっていく中で、きちんとそのあたりは考える必要があるかと思います。なかなか大変なことだとは思いますが。

中谷部会長 北村委員、どうぞ。

北村委員 福井委員、それから、山口委員の御意見にすごく賛成です。ただ、それを実現するには国家試験だけでなく大学教育で、今、日本は入学者の95%以上が医者になっていると思います。諸外国に比べて断トツに高いのだと思うのです。ドイツなどは入学者の3割にも満たないので、そういうセレクションがない中で、最後、観察記録だけでやるのは危険かと。やはり日本の大学でもせめて医者になれる率が9割、1つの大学だけでそれをやると嫌われるので、全ての大学が9割くらいの医者率みたいにしない限り、なかなか

か実現は難しいかと思えます。

中谷部会長 福井委員、どうぞ。

福井委員 そのセレクションはCBTのレベルでやったほうがいいのではないかと考えています。ですから、もし国家試験で実技なりクラークシップを評価するとすると、そこはかなり緩くなってしまうのは確かだと思のです。

北村委員 ただ、現実、今度はCBT対策がすごいのですね。授業とか実習に出ないで予備校が配信するCBTの授業をひたすら聞いているという現実もあります。そうすると、CBTで落とし出すと、またCBT対策に全部で半年を費やすみたいになばかげたことになるかもしれない。

中谷部会長 どうぞ。

伴委員 今、北村委員がおっしゃった意見とよく似ているのですけれども、確かに1年生、2年生の段階でも、態度とか倫理観の面で既にこの人は向いていないのではないかと、いう人は何人が各大学にいるのですね。だけれども、それは今のところ1年生、2年生の段階では、できるだけ入ってきた子は育てていきましょうという形で努力するわけですが、それでもどうしても直らない。直らないというか、もともと直らないような部分がよくないということもあるかもしれないですね。そうしますと、先ほどほどは極端に3割とは言わないまでも、例えば130人ぐらい入れて、1年生、2年生、3年生、4年生までで100人ぐらいに絞られるということが当たり前になってくると、授業で寝ているとか、サボるとか、抜けるとか、そういうことは恐らく、そこでまた高木委員に性悪説と言われるかもしれません。

確かにヨーロッパの国の1年生は、本当に自由に医学部に入ってもらえるので、1,000人ぐらいが1年生にいて、1年生のときはマスプロの授業なのですけれども、教室の前列の取り合いだということです。日本みたいにみんな後ろに座っているみたいなことは信じられませんということなので、せっかく本日丸山課長も来られていますので、日本の医学部の入学から卒業までである程度絞られていくということも少し検討の余地はあるかなとも思っています。

2020年から共通試験が入ってきて、野上委員に御意見を聞きたいのですけれども、あの辺は少し信頼性が落ちるのではないかとされているので、その辺から大学共通試験は信頼性がやや劣るので、多目にとってよく観察しながら絞っていくというのも冗談ではなくて、本当に考慮されているのかなとは思います。

中谷部会長 イギリスなどは医学生が1回試験においてカンニングしたらそれで放校という処分になるということです。日本の大学では通常カンニングでは無期停学という処分を受けますが、1年ぐらいは留年することになるものの、再び大学に戻ってきます。ですから、そこら辺に日本の大学の甘さというのはあります。ただ、北村委員がおっしゃったように卒業する学生の割合を3割まで減らすと、ほとんど医学部志望者はいなくなる可能性がありますので、どの程度セレクションをかけるかというのには難しい面があると思わ

れます。

CBTに関しても、難しくなればなるほど医学生はその受験勉強というのをやってしまいますので、実習を含めて基礎医学の講義などもほとんど聞いていなくて、ただCBTの過去問をやっている状況になってしまう可能性はあります。ですから、最低合格ラインをどの程度の設定にするかが問題となります。また、それを公的化するとした場合に、CBTの最低点は、今、IRT値として359となっていますが、大学によってはその後の医師国家試験のことを考慮しているからかもしれませんけれども、非常に高いレベルに設定して、それ以下の学生には再試を受けさせるという対応をしており、その取扱いをどうするかが課題となります。

そこら辺に関しましては、これはシームレスな医師養成での議論になるのかもしれませんが、今後CBTの公的化ということは良い面もあるのですが、様々な課題もありますので、恐らく十分議論しなければならないことではないかと思っております。

ほかにいかがでしょうか。

前野委員、どうぞ。

前野委員 前野です。

今の議論は私も非常に同感で、1回の入試では絶対に見抜けないと思って、そこはもう割り切ったほうが良いと思っていて、なので、入った後、観察して絞るしかないわけですが、少なくともこの委員会ではそれを議論する権限は与えられていないと思うので、そうすると、95%以上が卒業する今の中でできることが何かと考えていくのが現実的かと思えます。

その中で、観察記録を中心にするというのは、理屈はわかるのですが、私はいろいろな大学を見せていただいて感じるのは、国がやっている結果について信頼性の高い国家試験というものが、非常に医学教育に緊張感を与えている部分がある。観察記録を各大学で判定するとなると、今度はそこを揺らして合格を勝ち取ろうとする人たちが出てくると思うのです。ですから、いわゆる妥当な領域の評価なのかもしれませんが、基準がゆるゆるになってしまうという意味で、国がやっている国家試験で判断して、その統一の物差しで各大学は評価されているということが与えている規律は、非常にはかり知れないものがあると思っています。

そうすると、国が一斉にできるとなると、やはり客観試験しかないというのが現状で、それにOSCEを足すかどうかという議論をしているのだと思いますけれども、ペーパーテストの中でできる限りタクソノミーを上げるというできる限りの工夫をして、今に至っているのではないかと思います。

ですから、もし観察記録を何かの判断に使うのならば、それには客観性というのは非常に高いレベルで求められるので、私はどちらかということ、各大学がそこは最低ラインを保証するといえますか。話が前後しますけれども、試験をどんなに簡単にしようが、問題数を減らそうが、9割しか通らない。つまり、相対基準でいけば、結局そこに競争が生じるわけです。ですから、試験範囲を例えば極端な話、必修問題だけ、必修は絶対基準で

すけれども、9割通すとなったら、今度はその中でみんなが争いをするわけです。そうすると、受験対策化するというところは変わらないと思うのです。ですから、最後まで臨床実習をさせるというのであれば、絶対基準に到達すれば100%医者になれるくらい言わないとならないし、そうすると、先ほどお話しした規律が守られないという部分は相反する部分かと思うので、結果として各大学がきちんと観察記録などをしっかりつけて最低限の質を保証していただくよう努めることと、こういう形で国家試験のクオリティーを上げていく努力をするというのが現実的なところなのかなと思いながら伺っておりました。

以上です。

中谷部会長 ありがとうございます。

非常に重要な論点だと思います。現在は相対評価ですから、絶対評価になったときどのように国家試験が変化するか、前にタクソノミーと一緒に変えた結果急に合格率が落ちたときもありますけれども、今は相対評価の合格基準から外れないようにみんな競争するので、大学教育と医学生に緊張感を与える一方、医師国家試験の勉強がかなり苛酷になっているというのも事実でございます。ですから、その場合は、福井委員が御批判なさるように、試験勉強で臨床実習の時間がなくなってくるので、本当にそれでいいのかという問題も出てきます。確かに学生が医師の適格者かどうかは、クリニカルクラクシップばかりではなくて、実は低学年から観察はできていると思います。医学部の学生でこういうことを前にしでかしたとか、いろいろ悪さをするのがいますので、そういうところを含めて、どの段階で大学が責任を持ってはじくかというのは、それぞれの大学のプロフェッショナルオートノミーに任されていると言わざるを得ません。ですから、そういうものにもとるような甘い判定をして卒業させると、結局大学のブランディングの低下につながるというのが、現在の状況だと思っております。それでも、いろいろと問題のある医師が出てまいりますので、各大学がそこら辺をどう判定するかというのは難しく、医師国家試験の改善だけでは難しい部分はあろうかと思えます。

どうぞ、野上委員。

野上委員 試験の専門的な立場でここにいると思いますので、お話しするのですけれども、割と多肢選択式のテストは、そういう試験をやっているからみんなが受験勉強に走るのだと、いろいろな分野で批判の対象になっているのですけれども、それだけで評価するのは、私自身もそれでいいとは思わないですけれども、多肢選択形式のテストで評価できることもあると思うので、多肢選択があるからみんなが受験勉強に走ってそれはよろしくないということは、余り言いたくないと思います。

7月に実習が終わって、その後の時間を国試に当てるということ、それは国家試験が今の試験の形だからというよりは、素朴な疑問で、7月に実習が終わったら、もう大学なり病院なりに行って実習をすとか、そういう機会がないのかなと。ほかに実習する経験を積むことをしなくてもよい体制になっていけば、それは試験勉強に時間を使う人がたくさんいても、私自身も学生だったらそうするかもしれないと思うので、実習が大事で、そ

の経験を積むことが大事だというならば、そういう活動ができるような環境がないとよろしくないし、サボれるような環境になっているということも見直す必要があるのではないかと思います。

400問に減らしたということで、試験の質がどうかということですがけれども、私自身は、問題数を減らしたことによって質が下がるとか上がるとかということは、データだけではわからないことですので、もう500問の時代から相対基準を入れることも含めて、その基準でよかったのかをきちんと吟味する必要があると思っています。

ですから、500問から400問に減らしたことの影響をこれから検討していくのでしょうけれども、試験の答案だけもらって、さあ、どうですかと言われても、統計的に信頼性はそんなに変わっていないとか、下がったとか、そういうことしか見ることはできませんから、実際に今の基準で妥当なのかどうかは、合格して現場に出ていっている人たちの質がどうかをヒアリングしていくとかということをして証拠を集めるしかないでしょうし、合格基準が毎年毎年決まりますけれども、合格ぎりぎりの人はこれだけの問題の中のこのぐらいのことが正解できていますというような、問題の質でこのレベルで合格させていいかどうかということ、内容のことがわかる専門家でも吟味することも必要ではないかと思っています。

相対基準を導入するメリットというのは、1年前とか2年前とか、割と近い年では同じような質で評価をすることができる。その年によって合格しやすかったり、しにくかったりという、運で落ちたり受かったりという影響が減る。そういうメリットはあります。ただ、長い期間それを続けることで、あるときに設定した基準が、10年後、20年後も妥当かという、それは話は別ですので、便宜上の方法として、今はそれほど大混乱するような基準ではないのではないかと思っていますけれども、その設定した基準が妥当だったかどうかというのは、後づけでも見ていかなければいけないかと思っています。

それから、Post-CC OSCE、公的な形でというお話も出ていますし、外国で免許をとった方の日本語診療能力テストのかわりにならないかということもありますけれども、今、共用試験に所属している身としては、センター化のようなものは必要なのではないかと思っています。例えば外国免許をとった人がPost-CC OSCEを受けさせてくださいと機構に申し出たところで実施できるかということ、そんなことはなくて、各大学が本当に全力で実施しているわけですから、そこへ1大学分受験させてくださいと言われても、まず、どこから人を連れてきて、どこの場所で、そして、課題をどうするのかといったこともありまして、今、各大学が本当に精力をつぎ込んでひんひん言いながら実施している現状がありますので、これを公的な形で全国一律の基準でやろうということになると、それを各大学の努力でというのは、現状の体制ではそれはもう無理だと思いますので、ある程度まとまった形のリソースも必要ですし、各大学でということではなくて、専門の機関が必要ではないかと思っています。

それから、CBTについて、CBTを導入するには問題をかなりプールしなければいけないみたいなお話がありますけれども、それはつまり、CBTにすることはいまみたく一斉実

施ではなくて、割と好きな、ある程度の柔軟な形の実施の日程でやる前提があるように思うのですけれども、それをしようとすると、ただ単に紙のものをコンピュータ化して工夫もできていいということではなくて膨大な時間と労力がかかりますので、コンピュータ化するというのに、どういうふうにといいことを詰めていかないと、コンピュータにしたら、即いつでもどこでも受験ができて便利になるかということ、とてもそんなことではないので、ここはよく考えないといけないと思っています。

中谷部会長 ありがとうございます。

幾つか評価を含めて統計的な観点から御意見をいただきました。

瀬尾委員。

瀬尾委員 関連したことと関連しないこととあるのですけれども、最初にコンピュータ化の話ですけれども、試験委員の立場から言うと、非常に大事なことだと思います。これはブラッシュアップの手間と間違いの克服には非常に重要だと思っています。現在のやり方ではケアレスミスがそのまま残ってしまうことがあります。こういったことも含めてコンピュータ化をすることのメリットは非常に大きいと思っていますので、いい問題をつくっていくためには欠かすことができないシステムではないかと思っています。恐らく大学でコンピュータ試験を始めているところはブラッシュアップの過程が非常によくなっていると聞いていますので、ここは重要な観点ではないかと思っています。

プラクティカルな問題で、方向性を少し示さないといけないかと最近思っていることは、一つは、英語の問題が大体2題ずつ毎回出されておりました。これについては、今回113回は、問題から選択肢まで全て英語で日本語が全くない問題が1題出されました。実は英語の問題に関しては、どうするのかという方針は全くなくて、試験委員会の中で今年はどうしますかみたいな話し合いの中で何となくつくられているのが現状です。

確かに診療現場で英語を話す方を対象にすることは非常に増えてきていますので、重要性はわかるのですけれども、学生に聞くと、そもそも書いてある単語がわからないというか、中身ではなくて、そういう障壁で問題が解けなかったということも今年は結構あったようで、そういう意味ではあり方をどうしていくかということは、どこかで議論しておいたほうがいいのかなどは思いました。

計算問題が毎年数題出ておりました。正答率がかなり低い結果になっています。いろいろな臨床現場で計算をすることは多いのですけれども、計算式を丸暗記でもちろんやらなければいけないことはありますが、恐らく医療安全の観点からすると、きちんと確認してやるほうが正しい結果が出るのだと思うのです。ですから、むしろマニュアルを見てちゃんと計算させるほうが意味のあることで、計算式を覚えているかどうか。計算そのものは多分小学生でもできるような計算ですので、それを試験するには、それ相当の妥当性がないと、余り正答率が低いと結構捨ててしまう学生もいると聞いていますので、そうならないように、計算問題のあり方は考えたほうがいいのかと思っています。

最後に、禁忌肢についても、最近かなり禁忌肢を作題するのに行き詰まっています。

パターンが大体決まってきました。ですので、例えばいくつはオーケーでいくつはだめという決め方そのものの妥当性についても検討する必要がありますし、禁忌肢がそもそも何なのかが受験生に対してぼやっとしか伝えられていない部分がありまして、これをどうするのか。例えばいくつはだめとするよりも、むしろ禁忌肢だと減点するとか、何か違う方法のやり方もあるのかなと思います。いくつ踏んだ人はオーケーでいくつのはだめというのは、免許を与える上でそんなに大きく違うのかというのは非常に難しい問題ですし、作題する側からすると、これで落ちた人がいると考えるとかなりストレスのある問題になりますので、このあり方についてもどこかで議論があればいいかなと思っています。

中谷部会長 ありがとうございます。

作問のところで禁忌肢の問題、英文問題、計算問題、これについて、ここで議論することもあっていいのではないかというご意見だったと思います。

どうぞ。

北村委員 違う話題ですが、この資料2の7ページに、受験回数10回以上の人まで書いてあります。もう数人しかいないのですけれども、議論の話題の一つとして、受験回数の制限は議論してもいいのではないかと。個人的には意見は持っていませんけれども、伴委員、受験回数を制限することの可否みたいなことは、かつてはありましたね。

伴委員 過去2回出ているのですけれども、職業選択の自由とか、だけれども、司法試験の場合は制限していますよとか、議論が出るのですけれども、結局落ちつくところが今のままというのが歴史です。

中谷部会長 以前から何回も話題として出て、そのまま立ち消えになっている部分ですので、この部会でも1回この機会に議論してもいいのかもしれません。

あと、公衆衛生の立場で、吉田委員、公衆衛生の問題は医師国家試験にある程度必ず出る形になっているのですが、そこら辺について御意見はございますでしょうか。

吉田委員 私も資料をいろいろ拝見いたしまして、保健医療論・公衆衛生等の「一般問題」での出題数を担保するというふうにずっとつながってきていますので、これ以上ありがたいことだと思いました。やはり国試に出ないと勉強しませんので、国試に出していただくということで、我が国の医療政策ですとか、患者さんの社会的背景などに思いをはせるような医師が育ってくれるのではと期待しております。ですので、今回の議題にはないかもしれませんが、出題数を担保して全人的なといいますか、社会背景、少子高齢化などの時代背景をきちんと把握できる医師が育ってくれるようにと思っておりますので、ありがとうございます。

中谷部会長 ありがとうございます。

福井委員。

福井委員 先ほどの議論で、もう皆さんでディスカッションをすることはないと思いますので、一言だけ。私は京大にいたころ、教授会でシリアスにディスカッションして、110人入学させて2年から3年に行くところで100人にするという仕組みではどうかと文部科

学省に打診したら、だめだと言われたことがあります。途中で落とすというステップを組み込むことを本気で考えましたが実現できなかったということです。

中谷部会長 今、大学もどれだけドロップアウトするかというのが評価になって、ドロップアウトが多いところはまずいという評価もございますので、それは行政との関係ですので、実際は先ほど言ったように、3割まで落とすというのは難しいでしょうね。わかりました。

いろいろ御議論いただいたのですけれども、時間も2時間を超過してまいりました。先生方、活発な御意見をありがとうございました。このあたりで本日の第1回目の会議を終了させていただきたいと思えます。

今後の会議の進め方なのですが、今日、いろいろなテーマについてあらゆる視点から御議論をいただいたものをさらに深めるために、非公開のものも含めて、先ほど少しリクエストもあったような詳細なデータを分析する必要もあろうかと思えます。ということで、別にワーキンググループを設置いたしまして検討したいと考えておりますので、その際には先生方にぜひ御協力いただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。ワーキンググループの分析の結果を取りまとめて、次回の部会で御披露する、報告する形になるかと思えます。

それでは、これで閉会したいと思います。

事務局から、特にございませんか。よろしゅうございますか。

それでは、本日はお忙しいところを御出席いただきまして、ありがとうございました。これで第1回の医師国家試験改善検討部会を終了させていただきます。どうもありがとうございました。